

精神疾患者の 犯罪性 に関する 研究

— 強力犯罪を 犯한 被治療監護者と 一般 強力犯罪者와의 比較 —

A Study on the Criminality of the Mentally Ill

— Comparison of the Mentally Ill Violent Offenders and Ordinary Violent Offenders —

張 東 原 著

한국형사정책연구원

第 1 章 序 論

第1章 序 論

정신질환자는 사회에서 혐오받고 소외되는 경향이 있으며 과거에 나병환자들에 대한 혐오와 배척심이 이제는 정신질환자들에게로 대치되었다고 말하는 사람까지 있다(Rabkin, 1972). 그리고 이런 혐오와 배척심의 근간에는 이들이 위험하다는 인식이 자리 잡고 있는 것 같으며 심지어는 환자 자신들까지도 정신질환자는 위험한 존재라는 통념을 갖고 있다고 한다(Giovannoni 등, 1967). 그러나 환자들의 위험성 여부에 관해서는 아직 확실한 결론이 난 바가 없으며 이에 대해선 논란의 여지가 많은 실정이다. 우선 위험이라는 단어의 정의 자체에 대해서 여러 의견이 있을 수 있는 것 같다(Scott, 1977).

그러나 영국의 군(Gunn, 1982)이 위험에는 파괴성, 예측성과 공포의 3가지 요소가 있다고 하는 견해는 그런대로 인정을 받고 있는 것 같다. 그의 견해중 주관적 요소인 공포는 개인에 따라 달라진다고 하며 그 예로서 어떤 사람은 비행기 여행에 대해 공포심을 갖고 있으며 위험하다고 생각하나, 어떤 사람은 자동차에 의한 장거리 여행을 더 위험하다고 생각한다는 것을 들 수 있다고 한다. 즉 위험에는 사람에 따라 달라질 수가 있는 주관적 요소가 포함되어 있어서 흔히 일반인들이나 환자 자신들까지 정신질환자를 위험하다고 인식하는데에도 그 이유가 있다고 한다(Lagos 등, 1977).

그러나 이런 주관적인 위험성은 실제로 객관화시키기가 쉽지 않기 때문에 정신질환자의 위험성 여부에 관한 연구에는 흔히 범죄들이 그 지표가 된다.

즉 위험성과 범죄성을 동일한 의미로 사용하여 살인등 중범죄를 그 지표로 하여 환자들의 위험성 여부를 평가해 내고 있는 실정이다.

그래서 이런 방법들에 의한 환자들의 위험성 연구에서 1960년대 이전의 연구 결과들은 모두 환자들이 일반인보다 위험성이 현저하게 낮다는 것이었다(Berger and Gulevitch, 1981 ; Taylor, 1982). 그러나 이에 대한 비판으로는 당시엔 거의

모든 환자들이 주립병원등에 장기간 입원되어 있던 때였으므로 사회에서 위험한 행위를 할 기회가 별로 없었다는 것이다. 그러다가 1965년의 라페포트(J. R. Rappeport)와¹ 라센(G. Lassen)의 연구를 필두로 하여 환자들이 일반인보다 더 위험하다는 일련의 연구들이 나오는데(Zitrin 등, 1976 ; Sosowsky, 1980), 이런 결과가 나온 이유로는 이즈음에는 환자들이 치료를 거부할 권리를 주장하게 되며 입원기간도 현저히 짧아졌고 퇴원후에는 지속적인 치료가 되지 않으며 반사회적 인격장애 등 범죄와 연관이 많은 인격장애자들의 정신병원 입원이 증가되어 이들에 의한 범행이 환자집단에 의한 것으로 집계되어 그 비율을 높였다는 것이다.

그러나 70년대, 80년대 들어와서도 환자들의 범죄성이 일반인과 비슷하거나 더 낮다는 연구 결과들도 많이 나오고 있다(Cloninger and Guze, 1970 ; Hafner와 Boker, 1973 ; Guze, 1976 ; Teplin, 1985). 그래서 이런 환자들의 위험성에 관한 연구는 그 연구대상과 연구방법, 위험한 행위의 기준 및 그 법적 처리 결과등에 따라 다양한 결과가 나올 수 있는 것 같다.

서구의 경우는 대부분의 나라에 정신보건법이 있으며 정신보건법과 환자의 위험성의 측정은 밀접한 연관이 있으므로 이 분야에 대한 연구가 활발하나 우리나라는 아직 그렇지 못한 편이며 그나마의 연구들도 거의 모두가 정신감정례를 통하여 정신질환 범죄자의 개인적 배경, 진단, 범행양상, 재판결과등을 연구한 것들이기 때문에 정신질환 범죄자 집단의 여러 특성들에 관해선 잘 알려져 있으나 이들의 범행과 일반인의 범행과의 차이점, 그리고 이들이 전체 정신질환자에서 차지하는 비율등에 대해선 아직 연구가 되어 있지 않다. 따라서 우리나라에서는 정신질환자들의 위험성이 일반인과 어떤 차이가 있는가 하는 것이 밝혀져 있지 않다.

그래서 본 연구에서는 살인, 강간, 강도, 방화와 폭행 및 상해의 소위 강력범죄를 기준으로 하여 정신질환자와 일반인과의 범죄성 내지는 위험성을 비교해 보고 전체 정신질환자 중에서 위험한 환자가 차지하는 비율등을 추정해 봄으로써 우리사회에서 정신질환자가 위험하다는 통설이 근거가 있는가 하는 것과 이들의 실제적인 위험성은 어느정도인가를 알아보기 위해 시도되었다.

第 2 章 研究對象 및 方法

第2章 研究對象 및 方法

1986년과 1987년에 일어난 범죄중 강력범죄를 살인, 폭행 및 상해, 강간, 강도와 방화의 5개군으로 나누어 이를 범행한 정신질환 범죄자와 일반인 범죄자의 여러 특성을 비교해 보았다.

1980년 사회보호법이 제정되어 치료감호제도가 정착된 이래 범죄를 저지른 사람중 정신질환으로 인하여 형사책임 능력의 손상이 있다고 재판에서 인정되는 사람들은 치료감호처분을 받게 되어있는 점과 1987년에 충남 공주의 치료감호소가 생긴 이래 전국의 피치료감호자들은 치료감호소로 모이게 되어 있는 점에 착안하여 본 연구에서는 재판절차가 완전히 종결되어 해당자 전원이 치료감호소에 현재 있거나 거쳐갔을 것으로 단정되는 1986년과 1987년의 2년동안에 살인, 폭행 및 상해, 강간, 강도, 방화의 5개군의 강력범죄를 저지른 피치료감호자 126명을 대상으로 하였다.

그리고 일반인중 상기 강력범죄를 저지른 사람의 자료는 해당연도의 대검찰청 발행계간지 “범죄분석”에서 얻었다. 그리고 본 연구에서는 대상자의 연령을 15-65세로 국한시켰는데 이 연령밖의 사람들은 실제로 강력범죄를 별로 저지르지 않으며 소년범과 고령범죄자의 경우 법적처리가 일반 성인과 달라질 수도 있을 것으로 보였기 때문이다.

보건사회부 통계연보에 의하면 1986년과 1987년의 15-65세에 속하는 우리 인구는 각각 27,411,250명과 28,035,102명으로 모두 55,446,352명이었다.

그리고 본 연구에서는 정신질환이라는 용어는 의학적 의미보다는 법률적 의미로 사용되었는데 이는 재판관의 판단에 의하여 형법 10조에 따라 심신의 장애로 인하여 형사책임 능력에 손상이 있다고 인정되어 치료감호 처분을 받은 사람만 그 대상으로 한 것을 의미하며 해당 진단은 정신분열증, 정동장애 등 주요 정신병과 정신지체, 간질, 기질성정신장애 등이었고, 이 진단들은

DSM-Ⅲ의 진단기준을 따랐다.

본 연구에서 상기 정신질환을 갖고 있다고 추정되는 사람들은 해당연령 전체 55,446,352명의 3.5%에 해당되는 1,940,622명으로 계산했는데 그 이유에 대해선 고찰에서 언급할 것이므로 생략한다. 그리고 정확을 기하기 위해서는 일반인 강력범죄자중에서 정신질환자에 해당되는 126명과 전체 인구 55,446,352명에서 환자 몫인 3.5%인 1,940,622명을 빼야하나 통계적 의미가 없어서 범죄분석의 수치를 그대로 사용하였다. 그리하여 정신질환 강력범죄자 집단의 사회인구학적 특성, 범죄특성, 진단, 유병기간 및 치료경력 등을 알아보고 일반 강력범죄자의 사회인구학적 특성 및 범죄특성 등을 조사하였으며 양집단간의 사회인구학적 특성 및 해당인구당 범죄율 등을 카이제곱 검증(Chi-square test)의 방법을 사용하여 비교분석 하였다.

第 3 章 研 究 結 果

第3章 研究結果

1. 정신질환 강력범죄자의 사회인구학적 특징

이들을 성별, 나이, 교육, 결혼상태, 직업과 경제상태별로 보았을 때 남자(88.2%)가 대부분이었으며, 21세와 30세 사이에 가장 많았으며(48.4%), 학력은 대부분 고졸이하(88.1%)였으며 미혼(63.4%)이 많았고, 직업은 없거나(51.6%) 특별한 전문기술을 요하지 않는 직종에 종사하는 사람이 대부분이었다. 그리고 이들의 경제상태는 낮은 사람에서 많았고 대부분이 중간이거나 그이하(95.2%)였다(〈표 1〉 참조).

2. 정신질환 강력범죄자의 범죄적 특성

이들이 범한 강력범죄는 폭행 및 상해(49.2%), 살인(35.7%), 방화(5.6%), 강간(5.6%)과 강도(4.0%)순이었다. 이들의 전과회수는 초범(77.8%)이 가장 많았으며 범행동기는 망상과 환각 및 착각에 의한 것(50.8%)이 가장 많았고 분노 및 충동(32.5%), 미상(15.1%), 병적질투(0.8%)와 동반자살(0.8%)이었다. 범행장소로는 집과 집근처가 74.6%이었으며 범행에 대한 기억은 응답자의 71.4%가 기억하였고 기억 못하는 경우는 7.9%에 불과하였다. 범행시에 응답자의 69.8%는 음주하지 않았다. 또한 범행대상은 부모, 형제, 배우자 등 가까운 가족이 37.3%, 친척 및 친지가 34.9%, 모르는 사람이 27.8%이었다(〈표 2〉 참조).

(표 1) 정신질환 강력범죄자의 사회인구학적 특징

단위: 명(%)

특 성		범죄별	살 인	폭행및상해	강 간	강 도	방 화	합
성 별	남		34 (75.6)	59 (95.2)	7(100.0)	5(100.0)	7(100.0)	112 (88.9)
	여		11 (24.4)	3 (4.8)	—	—	—	14 (11.1)
	합		45(100.0)	62(100.0)	7(100.0)	5(100.0)	7(100.0)	126(100.0)
나 이 (세)	15-20		6 (13.5)	5 (8.1)	3 (42.9)	1 (20.0)		15 (11.9)
	21-30		23 (51.1)	26 (41.9)	2 (28.6)	4 (80.0)	6 (85.7)	61 (48.4)
	31-40		9 (20.0)	19 (30.6)	—	—	1 (14.3)	29 (23.0)
	41-50		4 (8.9)	7 (11.3)	1 (14.3)	—	—	12 (9.5)
	51세이상		3 (6.7)	5 (8.1)	1 (14.3)	—	—	9 (7.1)
	합		45(100.0)	62(100.0)	7(100.0)	5(100.0)	7(100.0)	126(100.0)
교 육	무 학		2 (4.4)	3 (4.8)			1 (14.3)	6 (4.8)
	국졸이하		9 (20.0)	16 (25.8)	3 (42.9)	2 (40.0)	2 (28.6)	32 (25.4)
	중졸이하		13 (28.9)	18 (29.0)	3 (42.9)	3 (60.0)	2 (28.6)	39 (31.0)
	고졸이하		15 (33.3)	17 (27.4)	1 (14.3)	—	1 (14.3)	34 (27.0)
	대학이상		6 (13.3)	8 (12.9)	—	—	1 (14.3)	15 (11.9)
	합		45(100.0)	62(100.0)	7(100.0)	5(100.0)	7(100.0)	126(100.0)
결 혼 상 태	미 혼		26 (57.8)	40 (64.5)	5 (71.4)	4 (18.0)	5 (71.4)	80 (63.4)
	기 혼		7 (15.6)	15 (24.2)	2 (28.6)	1 (20.0)	1 (14.3)	26 (20.6)
	이 혼		9 (20.0)	4 (6.5)	—	—	1 (14.3)	14 (11.1)
	거 거		2 (4.4)	1 (1.6)	—	—	—	3 (2.4)
	동 거		1 (2.2)	2 (3.2)	—	—	—	3 (2.4)
	합		45(100.0)	62(100.0)	7(100.0)	5(100.0)	7(100.0)	126(100.0)
직 업	무 직		27 (60.0)	28 (45.2)	4 (57.1)	2 (40.0)	4 (57.1)	65 (51.6)
	노 동		2 (4.4)	7 (11.3)	—	—	—	9 (7.1)
	농 어 업		7 (15.6)	12 (19.4)	3 (42.9)	2 (40.0)	—	24 (19.0)
	상 업		2 (4.4)	1 (1.6)	—	1 (20.0)	—	4 (3.1)
	비숙련직		4 (8.9)	8 (12.9)	—	—	1 (20.0)	13 (10.3)
	숙련직		3 (6.7)	6 (9.7)	—	—	2 (28.6)	11 (8.7)
	합		45(100.0)	62(100.0)	7(100.0)	5(100.0)	7(100.0)	126(100.0)
경 제 상 태	상		3 (6.7)	2 (3.2)	—	1 (20.0)	—	6 (4.8)
	중		19 (42.2)	25 (40.3)	2 (28.6)	—	1 (14.3)	47 (37.3)
	하		23 (51.1)	35 (56.5)	5 (71.4)	4 (80.0)	6 (85.7)	73 (57.9)
	합		45(100.0)	62(100.0)	7(100.0)	5(100.0)	7(100.0)	126(100.0)

〈표 2〉 정신질환 강력범죄자의 범죄적 특성

단위: 명(%)

특 성		범죄별	살 인	폭행및상해	강 간	강 도	방 화	합
전 과 회 수	0		40 (88.9)	45 (72.6)	5 (71.4)	2 (40.0)	6 (85.7)	98 (77.8)
	1		3 (6.7)	8 (12.9)	—	—	1 (14.3)	12 (9.5)
	2범이상		2 (4.4)	9 (14.5)	2 (60.0)	3 (60.0)	—	16 (12.7)
	합		45 (100.0)	62 (100.0)	7 (100.0)	5 (100.0)	7 (100.0)	126 (100.0)
범 행 동 기	망 상		16 (35.6)	24 (38.7)	1 (14.3)	—	4 (57.1)	45 (35.7)
	환각및착각		5 (11.1)	12 (19.4)	—	1 (20.0)	1 (14.3)	19 (15.1)
	분노및충동		12 (26.7)	22 (35.5)	4 (57.1)	2 (40.0)	1 (14.3)	41 (32.5)
	동 반 자 살		1 (2.2)	—	—	—	—	1 (0.8)
	병 적 질 투		—	1 (1.6)	—	—	—	1 (0.8)
	불 명		11 (24.4)	3 (4.8)	2 (28.6)	2 (40.0)	1 (14.3)	19 (15.1)
	합		45 (100.0)	62 (100.0)	7 (100.0)	5 (100.0)	7 (100.0)	126 (100.0)
범 행 장 소	집		29 (64.4)	29 (46.8)	3 (42.9)	—	3 (42.9)	64 (50.8)
	집 근 처		6 (13.3)	16 (25.8)	3 (42.9)	3 (60.0)	2 (28.6)	30 (23.8)
	만 곳		10 (22.2)	17 (27.4)	1 (14.3)	2 (20.0)	2 (28.6)	32 (25.4)
	합		45 (100.0)	62 (100.0)	7 (10.0)	5 (100.0)	7 (100.0)	126 (100.0)
범 행 방 법	날카로운무기		24 (53.3)	30 (48.4)	3 (42.9)	3 (60.0)	—	60 (47.6)
	둔 기		10 (22.2)	17 (27.4)	—	1 (20.0)	—	28 (22.2)
	신 체		8 (17.8)	12 (19.4)	4 (57.1)	1 (20.0)	—	25 (19.8)
	기 타		3 (6.7)	3 (4.8)	—	—	7 (100.0)	13 (10.3)
	합		45 (100.0)	62 (100.0)	7 (100.0)	5 (100.0)	7 (100.0)	126 (100.0)
범 행 에 대 한 기 억	기 역		35 (77.8)	43 (69.4)	4 (57.1)	4 (80.0)	4 (57.1)	90 (71.4)
	부분기억		7 (15.6)	15 (24.2)	3 (42.9)	—	1 (14.3)	26 (20.6)
	기억못함		3 (6.7)	4 (6.5)	—	1 (20.0)	2 (28.6)	10 (7.9)
	합		45 (100.0)	62 (100.0)	7 (100.0)	5 (100.0)	7 (100.0)	126 (100.0)
범 행 시 음 주 성 태	만 취		6 (13.3)	9 (14.5)	2 (28.6)	1 (20.0)	—	18 (14.3)
	음 주		4 (8.9)	10 (16.1)	1 (14.3)	3 (60.0)	2 (28.6)	20 (15.9)
	안 먹 음		35 (77.8)	43 (69.4)	4 (57.1)	1 (20.0)	5 (71.4)	88 (69.8)
	합		45 (100.0)	62 (100.0)	7 (100.0)	5 (100.0)	7 (100.0)	126 (100.0)
피 해 자 와 의 관 계	부 모		11 (24.4)	9 (24.5)	—	—	—	20 (15.9)
	형 제		6 (13.3)	7 (11.3)	—	—	—	13 (10.3)
	배 우 자		2 (4.4)	—	—	—	—	2 (1.6)
	자 식		1 (2.2)	3 (4.8)	—	—	—	4 (3.2)
	친척및친지		7 (15.6)	1 (1.6)	—	—	—	8 (6.3)
	관 계		9 (20.0)	31 (50.0)	3 (42.9)	1 (20.0)	—	44 (34.9)
	모르는사람		9 (20.0)	11 (17.7)	4 (57.1)	4 (80.0)	7 (100.0)	35 (27.8)
	합		45 (100.0)	62 (100.0)	7 (100.0)	5 (100.0)	7 (100.0)	126 (100.0)

3. 정신질환 강력범죄자의 진단적 분포, 유병기간 및 치료경력

진단적 분포는 정신분열증 89명(70.6%), 간질 9명(7.1%), 정신지체 6명(4.8%), 기질성정신장애 6명(4.8%), 정동장애 3명(2.4%), 망상증 1명(0.8%), 기타정신병 12명(9.5%)이었으며 유병기간은 2년이상이 88명(69.8%)으로 가장 많았고 범행전 치료경력은 방치가 72명(57.1%), 정신과 치료시설 이용 42명(33.3%), 수용소 수용이 12명(9.5%)의 순이었다(〈표 3〉 참조).

〈표 3〉 정신질환 강력범죄자의 진단적 분포, 유병기간 및 치료경력 단위: 명(%)

범죄별 특 성		살 인	폭행및상해	강 간	강 도	방 화	합
진 단 적 분 포	정신분열증	29 (64.4)	48 (77.4)	4 (57.1)	2 (40.0)	6 (85.7)	89 (70.6)
	정 동 장 애	1 (2.2)	2 (3.2)	—	—	—	3 (2.4)
	간 질	4 (8.9)	4 (6.5)	—	—	—	9 (7.1)
	정 신 지 체	3 (6.7)	1 (1.6)	1 (14.3)	1 (20.0)	—	6 (4.8)
	기질성정신장애	2 (4.4)	2 (3.2)	1 (14.3)	1 (20.0)	—	6 (4.8)
	망 상 증	—	1 (1.6)	—	—	—	1 (0.8)
	기타정신병	6 (13.3)	4 (6.5)	—	1 (20.0)	1 (14.3)	12 (9.5)
	합	45 (100.0)	62 (100.0)	7 (100.0)	5 (100.0)	7 (100.0)	126 (100.0)
유 병 기 간	6개월미만	8 (17.8)	7 (11.3)	1 (14.3)	1 (20.0)	3 (42.9)	20 (15.9)
	6 개 월 — 2년미만	5 (11.1)	10 (16.1)	1 (14.3)	—	2 (28.6)	18 (14.3)
	2년 이상	32 (71.1)	45 (72.6)	5 (71.4)	4 (80.0)	2 (28.6)	88 (69.8)
	합	45 (100.0)	62 (100.0)	7 (100.0)	5 (100.0)	7 (100.0)	126 (100.0)
	치						
치 료 경 력	정신과시설	16 (35.6)	24 (38.7)	1 (14.3)	—	1 (42.9)	42 (33.3)
	수 용 소	5 (11.1)	4 (6.5)	2 (28.6)	1 (14.3)	—	12 (9.5)
	방 치	24 (53.3)	34 (54.8)	4 (57.1)	4 (80.0)	6 (85.7)	72 (57.1)
	합	45 (100.0)	62 (100.0)	7 (100.0)	5 (100.0)	7 (100.0)	126 (100.0)

4. 일반 강력범죄자의 사회인구학적 특성 및 전과상황

이들을 성별, 나이, 교육, 경제상태, 전과회수 및 강력 범죄별로 보았을때 남자(86.6%)가 대부분이었으며 나이는 21세와 30세 사이가 31.1%로 많았으며 교육 수준이 대부분이 고졸 이하(92.9%)였고 경제상태는 대개 하류였다(87.5%). 이들이 범한 강력범죄는 폭행 및 상해(72.0%), 강간(15.0%), 강도(10.2%), 살인(1.6%), 방화(1.3%)의 순이었으며 초범(56.6%)이 가장 많았다(〈표 4〉 참조).

〈표 4〉 일반 강력범죄자의 사회인구학적 특성 및 전과상황

단위: 명(%)

특 성 \ 범죄별		살 인	폭행및상해	강 간	강 도	방 화	합
성 별	남	1,166 (86.6)	51,119 (82.3)	12,770 (99.0)	8,664 (98.6)	989 (89.1)	74,708 (86.6)
	여	180 (13.4)	11,003 (17.7)	132 (11.0)	122 (1.4)	121 (10.9)	11,558 (13.4)
	합	1,346 (100.0)	62,122 (100.0)	12,902 (100.0)	8,786 (100.0)	1,110 (100.0)	86,266 (100.0)
나 이	15-20	289 (21.5)	4,331 (7.0)	5,369 (41.6)	4,879 (55.5)	123 (11.1)	14,991 (17.4)
	21-30	504 (37.4)	18,445 (29.7)	4,438 (34.4)	3,049 (34.7)	423 (38.1)	26,859 (31.1)
	31-40	331 (24.6)	19,179 (30.9)	1,900 (14.7)	606 (6.9)	331 (29.9)	22,347 (25.9)
	41-50	137 (10.2)	13,414 (21.6)	700 (5.4)	138 (1.6)	149 (3.4)	14,538 (16.9)
	51세이상	85 (6.3)	6,753 (10.9)	495 (3.8)	114 (1.3)	84 (7.6)	7,531 (8.7)
	합	1,346 (100.0)	62,122 (100.0)	12,902 (100.0)	8,786 (100.0)	1,110 (100.0)	86,266 (100.0)
교육	무 학	69 (6.1)	4,242 (7.2)	219 (2.0)	107 (1.1)	61 (6.1)	4,700 (6.0)
	국 졸 이 하	397 (35.2)	18,914 (32.1)	2,124 (19.7)	1,314 (18.5)	317 (31.7)	23,066 (29.3)
	중 졸 이 하	247 (21.9)	13,667 (23.2)	2,927 (27.2)	2,545 (35.8)	254 (25.4)	19,640 (24.9)
	고 졸 이 하	348 (30.8)	17,623 (29.9)	4,720 (43.9)	2,934 (41.3)	263 (26.3)	25,888 (32.8)
	대 학 이 상	68 (6.0)	4,415 (7.5)	769 (7.1)	207 (2.9)	105 (10.5)	5,564 (7.1)
	합	1,129 (100.0)	58,861 (100.0)	10,759 (100.0)	7,109 (100.0)	1,000 (100.0)	78,858 (100.0)
경제 상태	상	9 (0.7)	613 (1.0)	78 (0.6)	39 (0.4)	10 (0.9)	749 (0.9)
	중	113 (8.4)	7,997 (12.9)	1,198 (9.3)	641 (7.3)	101 (9.1)	10,050 (11.7)
	하	1,224 (90.9)	53,512 (86.1)	11,626 (90.1)	8,106 (92.3)	999 (90.0)	75,467 (87.5)
	합	1,346 (100.0)	62,122 (100.0)	12,902 (100.0)	8,786 (100.0)	1,110 (100.0)	86,266 (100.0)
전과 회 수	0	735 (54.6)	34,096 (54.9)	8,176 (63.4)	5,222 (59.4)	608 (55.7)	48,847 (56.6)
	1	215 (16.0)	9,912 (16.0)	1,856 (14.4)	1,246 (14.2)	148 (13.3)	13,377 (15.5)
	2번이상	396 (29.4)	18,114 (29.1)	2,870 (22.2)	2,318 (26.4)	344 (31.0)	24,042 (27.9)
	합	1,346 (100.0)	62,122 (100.0)	12,902 (100.0)	8,786 (100.0)	1,110 (100.0)	86,266 (100.0)

5. 정신질환 강력범죄자와 일반 강력범죄자의 사회인구학적 특성 비교

이 두군을 비교하였을 때 성별에 차이는 없었으며 연령별로 비교시에 정신질환자군이 일반 강력범죄자군보다 의미있게 21세에서 30세 사이에 많았으며 ($P<0.001$), 일반 강력범죄자군이 41세-50세 사이에 정신질환자군보다 의미있게 많았다($P<0.05$). 또한 교육정도를 비교 하였을 때 정신질환자군이 일반 강력범죄자군보다 대학 이상군에서 의미있게 많은 편이었다($P<0.05$). 그리고 경제상태를 비교하였을때 정신질환자군이 일반 강력범죄자군보다 상류나 중류가 의미있게 많았으며($P<0.001$), 하류에서는 의미있게 적었다($P<0.001$) (<표 5> 참조).

<표 5> 정신질환 강력범죄자와 일반강력 범죄자의 사회인구학적 특성의 비교연구
단위 : 명(%)

항목 \ 분류		정신질환 강력범죄자	일반 강력범죄자
성 별	남	112 (88.9)	74,708 (86.6)
	여	14 (11.1)	11,558 (13.4)
	합	126(100.0)	86,266(100.0)
나 이	15-20	15 (11.9)	14,991 (17.4)
	21-30	61 (48.4)	26,859 (31.1)
	31-40	29 (23.0)	22,347 (25.9)
	41-50	12 (9.5)	14,538 (16.9)
	51-65	9 (7.1)	7,531 (8.7)
	합	126(100.0)	86,266(100.0)
교 육	무 학	6 (4.8)	4,700 (6.0)
	국졸이하	32 (25.4)	23,066(29.3)
	중졸이하	89 (31.0)	19,640 (24.9)
	고졸이하	34 (27.0)	25,888 (32.8)
	대학이상	15 (11.9)	5,564 (7.1)
	합	126(100.0)	78,858(100.0)
경 제 상 태	상	6 (4.8)	749 (0.9)
	중	47 (37.3)	10,050 (11.7)
	하	73 (57.9)	75,467 (87.4)
	합	126(100.0)	86,266(100.0)

6. 정신질환 강력범죄자와 일반 강력범죄자의 전과 및 범죄율 비교

양군을 전과회수 및 범죄별로 보았을때 정신질환자군이 일반 강력범죄자군보다 초범은 유의하게 많았으며($P<0.001$), 2범이상의 경우는 유의하게 적었다($P<0.001$). 범죄율에서는 정신질환자는 1년 동안에 100,000명당 살인은 2.4명, 전체 강력범죄는 6.5명이 저지르는 결과를 얻었다. 이는 살인 2.3명, 전체 강력범죄 155.6명인 일반인과 비교할때 정신질환자군은 일반강력 범죄자군보다 살인을 제외한 모든 강력범죄에서 유의하게 적은편이었다($P<0.001$) (<표 6> 참조).

<표 6> 정신질환 강력범죄자와 일반 강력범죄자의 전과 및 범죄율 비교

단위 : 명(%)

항목 \ 분류		정신질환 강력범죄자	일반 강력범죄자
전과회수	0	98 (77.8)	43,847 (54.0)
	1	12 (9.5)	13,377 (16.5)
	2범이상	16 (12.7)	24,042 (29.8)
	합	126(100.0)	86,266(100.0)
범죄별	살인	45 (35.7)	1,346 (1.6)
	폭행및상해	62 (49.2)	62,122 (72.0)
	강간	7 (5.6)	12,902 (15.0)
	강도	5 (4.0)	8,786 (10.2)
	방화	7(5.6)	1,110 (1.3)
	합	126(100.0)	86,266(100.0)
대상인구수	대상인구수	1,940,622 ^(a)	55,446,352
	강력범죄비율 (명/10만명)	6.5	155.6
	살인비율 (명/10만명)	2.4	2.3

a : 유병율을 3.5%라고 하면 $55,446 \times 0.035 = 1,940,622$

7. 주요 정신질환 강력범죄자와 일반 강력범죄자의
범죄양상 비교

앞에 비교한 정신질환자군을 주요 정신질환별로 비교하여 보았을때 범죄양상에서 정신분열증군이 일반 강력범죄자군보다 살인에서 유의하게 높았으며 ($P<0.001$), 다른 강력범죄인 폭행 및 상해, 강간, 강도에서는 유의하게 낮았고($P<0.001$), 정신분열증군과 일반 강력범죄자군은 방화에서는 별 차이가 없었다. 다른 질환은 본 연구에서는 일반인군보다 모두 유의하게 낮게 나왔으나 표본숫자가 적어서 통계적 의미를 부여할 수는 없을 것 같다(〈표 7〉 참조).

〈표 7〉 정신분열증 강력범죄자와 일반 강력범죄자의 범죄양상 비교
단위 : 명(%)

항목 \ 분류		정신질환 강력범죄자	일반 강력범죄자
범죄별	살인	29 (32.6)	1,346 (1.6)
	폭행및상해	48 (53.9)	62,122 (72.0)
	강간	4 (4.5)	12,902 (15.0)
	강도	2 (2.2)	8,786 (10.2)
	방화	6 (6.7)	1,110 (1.3)
	합	89(100.0)	86,266(100.0)
대상인구수	대상인구수	221,785 ^(a)	55,446,352
	강력범죄비율 (명/10만명)	40.1	155.6
	살인비율 (명/10만명)	13	2.3

a : 유병율을 0.4%라 하면 $55,446 \times 0.004 = 221,785$

第 4 章 考 察

第4章 考 察

1. 머릿말

범죄란 형법에 저촉되는 행위를 말한다고 한다. 그래서 같은 행위라도 법의 조문에 따라 범죄가 성립될 수도 있고 안 될 수도 있다고 하며, 그 사회나 시대에 따라 범죄인가 아닌가가 달라질 수가 있는 사회현상이다. 예로서 예전의 서구사회에서는 자살과 동성애 행위가 범죄였다고 하나 지금은 범죄가 아니라는 것을 들 수 있겠다. 그러나 통계에 오르는 범죄는 적발되거나 체포된 것들만으로서 실제의 범죄 양상과는 많은 차이가 있으며 감춰진 범죄의 정확한 양상을 안다는 것은 불가능하다고 한다. 따라서 이런 방면의 연구는 모두 나름대로의 제한점과 전제조건이 있을 수 밖에 없다 (Falk, 1988).

본 연구 역시 몇가지 전제조건을 가지고 있는데 그 첫째로 정신질환자중 강력범죄를 저지른 사람을 모두 치료감호소를 거친다고 간주한 점이다.

사회보호법에 의한 치료감호제도가 생기기 전에는 형법 10조에 의한 책임무능력자의 범법행위에도 사회 보호의 목적으로 자유형을 부과하는 예가 많았다고 한다(팽갑주와 한동대, 1966 ; 박희주와 황선무, 1973). 그러나 사회보호법 제정 이후엔 이런 경우에 치료감호처분을 하도록 규정되어 있기 때문에 거의 모든 범법 정신질환자들이 치료감호소로 모일 것으로 생각된다.

외국의 경우엔 이런 특수시설엔 특별히 난폭하거나 위험하다고 간주되는 환자들만 모이는 경향이 있는 것 같으나(Gostin, 1985) 우리나라의 경우 범법행위를 한 정신질환자는 그 행위의 내용에 상관없이 치료감호를 받도록 되어 있으며, 1986년과 1987년에 범죄를 저지르고 치료감호소에 입원한 사람은 모두 143명이었는데 이중 본 연구대상자 126명을 제외한 17명은 절도, 무고 등의 소위 위험하지 않은 범죄를 저지른 사람들이었다는 것으로도 알 수가 있다.

그래서 정신질환자에 의한 범죄임이 인정되더라도 경미한 범죄의 경우엔 검찰관이나 법관의 재량에 의해 불기소, 선고유예 또는 집행유예등의 처분을 받을 가능성이 있으나 강력 범죄의 경우엔 대부분 치료감호처분을 받는다고 해도 크게 틀리지는 않을 것 같다.

또하나의 전제조건은 일반인의 강력범죄에 대한 통계로 대검찰청 범죄분석에 나타난 1986년과 1987년의 수치를 모두 합한 것을 사용한 것이다. 그러나 체포된 후 검찰조사나 재판과정에서 이들중 상당수가 불기소, 기소유예, 무죄등을 받을 수 있다고 생각되므로 일반인의 강력범죄는 실제 재판결과보다 다소 과장된 경향이 있다고 하겠다. 그러나 현실적으로 전국의 모든 강력범죄의 재판결과를 모은다는 것은 불가능하고 우리나라에서 전국적인 범죄통계로는 대검찰청 통계인 “범죄분석”과 치안본부 통계인 “범죄백서” 밖에 없는 것 같아서 본 연구에서는 대검찰청 통계인 “범죄분석”에 의존했다.

한편 일반인들에 의한 범죄는 실제 양상보다 적게 노출된 가능성이 큰 점(Robertson, 1988; Falk, 1988)과 정신질환자에 의한 범죄는 쉽게 적발되고 범행당일 86%가 체포된다는 연구결과(Robertson, 1988)가 있는 등 상대적으로 노출 정도가 큰 점을 감안하여 범죄분석의 수치를 그대로 사용한 것이 다소의 부정확한 점은 있을 지라도 양 집단간의 전반적인 강력범죄양상을 보여주는 데는 별 무리가 없을 것으로 보인다.

그리고 또 하나의 전제조건으로서 본 연구에서는 정신질환이란 용어를 의학적인 의미 보다는 법적인 의미로 사용했으며 이런 정신질환자가 해당 연령 인구는 3.5%가 된다고 추정한 점이다.

우리나라에서 정신장애의 역학조사는 1948년 최재혁과 유석진의 연구를 시발로 많은 연구가 있어왔다(한진희, 1990). 이중 1986년에 이정균등에 의해 발표된 한국정신장애의 역학적 조사연구는 Diagnostic Interview Schedule (DIS) 제3판을 한국어판으로 만들어 비교적 철저한 방법으로 수행되었다고 보이는데, 여기서 정신분열증, 정동장애등 주요정신병의 평생 유병률은 약 3.5

%내외라는 결과를 얻었으며 주요정신병의 평생유병률은 식점유병률과 큰 차이가 없다고 했다.

그리고 정신분열증의 경우 18세이상에서 0.4-0.7%가 6개월 유병률을 보인다고 했고 조증의 6개월 유병률이 0.2-0.3%, 주요우울증의 6개월 유병률이 2.3-2.9%가 된다고 했다. 한편 미국에서의 연구는 조증의 6개월 유병률이 0.5%, 주요우울증은 3.0%를 보인다고 한다(Talbott 등, 1988). 그리고 간질의 경우 대부분의 외국연구에서 1,000명당 4-10명으로 보고 있다(Gilroy와 Meyer, 1979). 또한 정신지체의 경우 인구의 1%로 추정되는데는 별 이견이 없다고 한다(이정균, 1981). 그래서 본 연구의 주대상 정신질환인 정신분열증, 정동장애, 간질, 정신지체는 해당인구의 약 4.5란 수치가 나온다. 거기다가 본 연구의 대상이 되는 기질성정신장애, 기타 정신병 등을 감안하면 그 유병률이 더 늘어날 가능성이 있으나 본 연구에서는 3.5%만을 전체 정신질환자로 잡기로 했는데, 그 이유는 기질성 정신장애나 기타 정신병 등의 유병률을 알 수가 없는데다가 경우에 따라서는 의사들에 의해 정신질환이라는 진단이 내려져도 법원에 의해 형사책임능력이 있다고 인정되는 경우가 많을 것 같기 때문에 본 연구에서는 예상되는 환자비율보다 다소 낮추기로 했다.

그리고 본 연구와 비슷한 연구방법을 사용한 독일의 하프너와 보커(Hafner and Boker, 1973)의 연구에서 대상이 되는 전체정신질환자를 14세 이상 인구의 3-4%로 계산한 점으로 미루어 본 연구에서 3.5%로 추정한 것은 합당할 것으로 보인다.

그러나 정신질환으로 분류되는 중에는 다양한 진단이 있을 수 있으며 이중 범죄와 가장 연관이 많은 진단은 반사회적 인격장애등의 일련의 인격장애라고 하나 이들은 본 연구에는 포함시키지 않았다. 그 이유로는 인격장애자들은 흔히 정신병자로 간주되지 않으며 이들은 재판과정에서 형사 책임능력의 손상이 있는 것으로 여겨지지 않는 것 같아서 이들이 범행을 할 경우 치료감호소 보다는 교도소로 갈 가능성이 크기 때문이다. 그래서 본 연구에서는 형법 10조

에 의해 형사책임능력 여부가 의심되는 질환만 대상으로 했으며 이는 정신질환이란 용어를 법적인 의미로 사용한 것을 뜻한다.

그리고 네번째 전제조건으로서 본 연구에서는 환자의 위험성을 알아보는 척도로서 강력범죄를 택했고 이를 살인, 폭행및 상해, 강간, 강도, 방화의 5군으로 분류했으며 범죄분석의 강력범죄란에 포함되어 있는 협박, 공갈, 약취와 유인, 체포와 구금등을 제외시켰다는 점이다. 그 이유는 이런 범죄들은 정신질환자들이 거의 저지르지 않는 것 같아서 통계적 정확을 기하기 위해서였고 인명에 직접 관련되는 물리적 폭력에 국한시키는 것이 환자의 위험성에 대해 더 잘 알 수 있을 것 같았기 때문이다.

그리고 법무연수원 편찬의 범죄백서에서는 여러 강력범죄중 살인, 강도, 강간, 방화의 4개를 따로 택해 강력범죄의 통계를 내는 것 같고 외국의 연구들은 살인 혹은 그에 비견되는 난폭한 행위를 지표로 삼은 것(Hafner와 Boker, 1973;Grunberg 등, 1977)과 살인, 폭력및 상해, 강간, 강도를 지표로 삼은 것들(Rubin, 1972;Cocozza 등, 1974)이 있어 본 연구에서 살인, 강도, 강간, 방화, 폭행및 상해로 분류한 것은 그런대로 합당할 것으로 보인다.

2. 정신질환 강력범죄자에 대한 고찰

본 연구에서 정신질환 강력범죄자의 사회인구학적 특성은 여태까지의 국내외 연구와 비슷한 결과를 보임을 알게 되었다. 국내의 이 방면의 연구로는 1963년의 김오혁이 청량리 뇌병원에서 정신감정한 살인범 30례의 연구를 시작으로, 부산대학병원에서 정신 감정한 32례에 대한 팽갑주와 한동대의 연구(1966), 청량리 뇌병원에서 정신감정한 살인범 58례에 대한 정동철의 연구(1969), 부산대학병원에서 정신감정한 30례에 대한 박희주와 황선무의 연구(1973), 경북대학병원에서의 정신분열증환자 살인범 47례에 대한 윤석하 등의 연구(1973), 국립정신병원의 정신감정 128례에 대한 박장규의 연구(1977), 청

광리 뇌병원의 정신감정 228례에 대한 이헌재와 이병윤의 연구(1981), 피치료 감호자 66명에 대한 장동원과 조두영의 연구(1983), 그리고 용인정신병원에 입원의뢰된 피치료감호자와 정신감례 93명에 대한 조맹체의 연구(1986)등이 있다. 이런 연구들과 비교해 볼 때 다소 비율의 차이는 있겠으나 대체적으로 본 연구에서 다른 연구들과 일치하는 결과로는 남자가 월등하게 많고, 20대와 30대가 다른 연령군보다 많으며, 미혼인 상태의 고졸이하의 학력을 가진, 직업이 없거나 별로 기술을 요하지 않는 직업에 종사하는 사람들이 가장 많았으며, 치료를 받지 못한 경제상태가 낮은 사람들이 대부분이라는 것 등을 들 수 있다. 물론 앞에 예시한 국내 연구의 거의 모두가 정신감정례를 대상으로 한 것이므로 이들에 의한 범죄는 강력범죄뿐 아니라 모든 범죄가 포함되었을 가능성이 크다. 그러나 이들 연구중 대부분에서 정신과적 진단 역시 본 연구 결과와 같이 정신분열증이 가장 많았으며 이들의 죄명은 살인이 가장 많은 편이었다.

가. 정신분열증 환자

본 연구에서는 정신분열증 환자 89명중 살인이 29명, 폭행및 상해가 48명, 강간 4명, 강도 2명, 방화 6명이었다.

정신분열증 환자의 전체적인 범죄빈도에 대한 연구들은 그리 많지는 않으며 그 빈도는 적발률, 체포율 뿐만 아니라 얼마나 많은 환자들이 입원치료를 받고 있는가 하는 치료상황에도 연관이 있을 것이다. 대체로 알려지기로는 일반인보다 범죄율이 다소높다는 연구결과들이 있으나 한편 일반인과 같다는 보고 내용들도 있어 대체로 일반인과 비슷하거나 높더라도 약간 높다고 생각하는 것이 합당할 것 같다.

본 연구에서 정신분열증환자 100,000명당 40명 정도가 1년동안 강력범죄를 저지르고 100,000명당 13명 정도가 살인을 저지른다고 나타났다. 이에 대비한 일반인의 강력범죄율은 100,000명당 155명 정도로, 그리고 살인의 비율은

100,000명당 2.4명의 비율로 나타나 정신분열증 환자들은 일반인에 비해 전체적인 강력범죄의 비율은 낮으나 살인의 위험은 5-6배 정도 되는 것으로 나타났다. 이는 독일의 하프너와 보커(Hafner and Boker)의 정신분열증환자는 일반인보다 다소 위험하다는 결과와 비슷하고 정신분열증환자는 살인을 많이 저지른다는 테일러와 군(Taylor and Gunn)의 연구(1984), 난폭한 환자군으로는 정신분열증, 정신지체, 기질성뇌증후군환자, 약물과 주정남용환자가 많다는 타르디프(Tardiff)의 주장(1988), 정신분열증환자가 기질성뇌증후군환자가 위험성이 높다는 타르디프와 스웨일람(Tardiff and Sweillam)의 연구(1980) 등과 일맥 상통한다고 하겠다.

범행동기면으로는 핀랜드의 비쿰넨(Vikkunen)이 1974년에 폭력과 방화를 저지른 정신분열증환자에 대한 연구에서 1/3은 직접적인 망상과 환각에 의한 범행이었고, 2/3는 가정내에서 일어나는 스트레스에 의한 문제 때문에 일어난 범행이라고 했다. 그리고 영국의 테일러(Taylor, 1985)는 구치소에 감정 유치 중인 121명의 정신병자에 대한 연구에서 이들 중 82명 정도가 망상등 질병의 증상 때문에 범행을 저질렀다고 한다.

본 연구에서 정신분열증환자 89명의 범행동기를 보면 망상이나 환각등의 정신병증상에 의한 것이 50명, 분노나 충동에 의한 것이 29명 그리고 동반자 살이 2명, 불명확한것이 8명이었다. 그래서 본 연구의 결과는 범행동기면에서는 비쿰넨(Vikkunen)과 테일러(Taylor)의 연구결과의 중간치에 해당된다고 볼 수 있겠다.

영국의 테일러(Taylor)는 여러 연구들을 검토한 후 정신분열증과 폭력과의 관계에 대하여 다음과 같은 임시적인 결론을 내린 바 있다(1982).

- 1) 전체 숫자는 적지만 정신분열증은 환자들에게 폭력성향을 준다.
- 2) 정신분열증의 유형중 편집망상형 및 강박충분형이 폭력과 가장 연관이 많다.
- 3) 폭력은 과거의 치료여부와 관계없이 질병 초기보다는 수개월 내지 수년이 경과한 후에 동반되는 경향이 있다.

- 4) 폭력은 지속적으로 질병상태에 있는 환자보다는 반복되는 재발의 경과를 밟는 환자에게 더 흔하다.
- 5) 범행시에 환자는 주로 정신병적 상태에 있으며 병식이 없는 상태이다.
- 6) 타인에 대한 기괴한 폭력은 정신분열증 보다는 정신병질자들의 인격 장애자와 더 연관이 깊으나, 자기 눈을 찌른다든지 하는 자신에 대한 기괴한 폭력은 정신분열증과 깊은 연관이 있다.
- 7) 폭력은 현재의 정신병리와 항상 직접적인 상관관계에 있는 것은 아니며 질병으로 인한 인격의 손상 등 인격구조와 사회상황 등의 요소가 또한 똑같이 중요하다.

그러나 정신분열증환자는 범죄성이 높지 않다는 군(Gunn, 1977)의 주장과 정신분열증이나 조울정신병, 기질성뇌증후군 보다는 정신병질자와 약물 및 주정의존 환자들이 더 위험하다는 구즈(Guze, 1976)의 주장 등도 있다. 본 연구에서는 정신분열증환자는 위험성의 면에서 일반인보다 그 빈도는 낮으나 치명도는 더 높다는 것을 알 수가 있었다. 그러나 전체환자중 심각한 문제를 일으키는 사람은 극히 일부임을 알 수 있으며 이들이 실제보다 훨씬 더 과장되게 위험해 보이는 이유를 영국의 프린스(Prins, 1980)는 다음과 같이 설명한 바 있다.

첫째, 정신분열증은 난폭한 범죄와 연관이 있을 수 있으며 특히 그것이 저명인사에게 행해졌을때 비상한 관심을 끌게 된다. 이런 예로서는 1843년 당시 영국수상을 암살하려 했던 M'Naghten Rule로 더 유명한 다니엘 나그텐(Daniel M'Naghten) 과 미국의 레이건대통령 저격사건을 일으킨 존 힝클리(John Hinckley) 등을 들 수 있겠다.

둘째, 정신분열증은 종종 엽기적인 범죄와 연관이 있을 수 있으며 때로는 가해진 폭력이 엄청나서 비록 그 빈도는 낮을지라고 상당한 반향을 일으키게 한다.

세째, 정신분열증은 사회기능의 저하로 인하여 다른 사소한 범죄와 관련이

많을 수 있다. 즉 질환으로 인하여 사회와 격리된채, 절도, 구걸등 공공질서 교란등의 경범죄와 연루가 잦으며 주민들에게 혐오감을 주게 된다고 한다.

나. 간질환자

본 연구에서는 정신분열증 다음으로 간질이 9명으로 가장 많았다. 간질은 엄밀한 의미에서 정신질환이라기 보다는 신경과질환이라고 해야 할 것이다. 그러나 간질의 경과중 발작의 전후에 정신증상을 보이는 싯점이 있을 수 있고 정신증상을 주 증상으로 하는 간질의 종류도 있으며, 간질 역시 정신질환과 마찬가지로 일반인에게 낙인이 찍혀 있다는 점, 간질 발작시의 정신상태 때문에 흔히 정신감정의 대상이 되고 실제로 많은 간질환자가 피치료감호중이라는 점 등에서 본 연구의 대상으로 했다.

간질과 범죄와의 관련은 그의 책임능력의 유무 및 범죄성향등의 측면에서 많은 주목을 끌어온 것이 사실이다. 한동안 폭발적 공격성, 정서 불안정 그리고 자극성 등의 배합을 간질성 인격으로 생각해 왔으나 최근 수십년 전부터는 그런 행동은 측두엽성 간질의 한 특이한 증상으로 여겨지고 있다(Craft 와 Craft, 1984).

그러나 공격성과 측두엽성 간질 사이의 연관에 관한 엄밀한 문헌 고찰에 의하면 그 관계는 그리 밀접한 것 같지는 않다고 한다. 초기의 연구들은 공격성의 정의에 대해 일관성이 없어서 어떤 결론을 도출해 낼 수가 없었다고 하며, 누필드(Nuffield)가 1961년에 측두엽성 간질을 가진 어린이가 더 공격적이라는 결론을 내린 연구만이 그 연구 방법상 별 하자가 없었다고 인정될 수 있으나 이 결과는 다른 연구자에 의해서도 검증되어야 하며 또한 성인에서도 같은 연구가 수행되어야 할 것이라고 한다(Craft 와 Craft, 1984). 그러나 측두엽성 간질은 간단히 정의하기 어려운 복잡한 임상 증후군이고 인간의 공격성 또한 너무 복잡해서 양자간에 어떤 결정적인 상관관계를 도출해 내기란 간단치 않은 일 같다. 어쨌든 초기에는 간질환자에서 어떤 특이한 범죄성을 증명하는데

실패했다고 한다(Craft와 Craft, 1984).

거드먼드슨(Gudmundsson, 1966)은 아이슬랜드의 모든 간질환자를 대상으로 한 연구에서 남자 간질환자에서 다소 증가된 범죄성을 보였다고 한다. 그리고 런던 대학의 사법정신의학자 군(Gunn, 1969)은 영국 교도소에 수용되어 있는 사람들에 대한 연구에서 이들 1,000명당 7-8명의 간질환자를 찾을 수 있었으며 이는 일반인의 1,000명당 4-5명보다 다소 높은 비율로서 간질과 범죄와의 관계에 대해 간접적인 시사를 하였다. 그리고 군과 본(Gunn과 Bonn, 1971)은 교도소 수용자중 158명의 간질환자에 대한 연구에서 간질로 인한 자동증(automatism)상태와 범죄와는 확실적인 증거가 없다고 했으며 다만 이들 중 9명이 발작의 직전 혹은 직후에 범행을 저질렀다고 한다. 어쨌든 어떤 경우에는 간질이 반사회적 행위로 유도하는 요소가 될 수는 있으나 그것이 간질환자에서 흔한 것은 아니며 더구나 발작 당시에 범행을 하는 것은 드물다고 할 수 있겠다.

본 연구에서는 간질환자 9명중 3명이 여자였고 범죄별로는 살인이 4명, 폭행및 상해가 4명, 강간이 1명이었다. 이중 여성 간질환자 3명은 모두 살인을 저지른 사람이었으나 이것이 어떤 의미가 있는지는 이 시점에서 알 수 없을것 같다.

본 연구에서 간질의 유병률을 0.5%라고 할때 간질 환자는 100,000명당 3명이 강력범죄를 저지르는 것으로 나타났고 살인은 100,000명당 1.4명정도로 계산되어서 일반인보다 덜 위험한 것으로 나타났다. 그러나 본 연구의 표본의 숫자가 적어서 이것을 일반화 시킬 수 있을지 여부에 대해선 다른 연구들이 필요할 것으로 보인다.

영국의 군(Gunn)은 간질과 범죄와의 연관에 대해 연구를 많이 한 사람인데 다음은 그가 말하는 간질과 범죄와의 관계이다(1969).

- 1) 범행은 발작의 직접적인 결과인 혼돈상태에서 일어날 수도 있으나 이것은 매우 드문 경우이다.

- 2) 범행과 발작은 동시 발생적인 수도 있으나 이 경우도 매우 드물다.
- 3) 간질로 인한 뇌손상이 인격장애를 일으켜서 반사회적 행동을 일으키게 할 수 있다.
- 4) 환자는 질병으로 인하여 생활에서 겪는 어려움의 결과로 강한 반사회적 태도를 지속적으로 가질 수 있다.
- 5) 성장초기의 박탈된 환경이 반사회적 태도를 갖게 만들 뿐 아니라 간질을 얻기 쉬운 상황에 노출시킬 가능성을 높인다.
- 6) 반사회적 인격장애자는 그들 자신을 위험한 상황에 더 잘 노출시키며 그리 하여 간질을 일으키게 하는 두부손상을 정상인보다 더 많이 당할 수 있다.

다. 정신지체자

본 연구에서 정신지체자는 6명이었다. 이들은 모두 남자였으며 10대가 1명, 나머지 5명은 범행시의 나이가 모두 20대였다. 이들의 범죄 내용별로는 살인이 3명, 폭행 및 상해가 1명, 강간이 1명, 강도가 1명이었다.

영국 옥스포드대학의 범죄학자 웨스트(West, 1982)는 저능이 범죄의 한 요소가 될 수 있다고 했다. 중증의 저능은 대개 가족의 보호하에 있거나 특수기관에 수용되어 있을 가능성이 많으나 경증의 저능은 사회에서 활동할 가능성이 많고 그래서 범죄와 관련이 잘 된다고 한다. 실제로 더 큰 문제는 IQ 70-85사이인 경계선형 정신지체군인데 이중의 대부분은 사회에서 정상적인 활동을 하나 상당수는 저능과 그에 수반된 인격문제로 인하여 적응의 장애를 갖는 수가 있다고 한다.

저능의 범죄 통계와의 관련에 대해선 많은 연구가 있으며, 소아에 대한 연구에서는 낮은 IQ와 범행 사이에 연관이 있음이 일관되게 밝혀져 있다.

웨스트(West, 1982)는 IQ 90이하인 군에서 20%가 비행청소년이 되며, IQ 91-98인 군에서는 9%, 그리고 IQ 110이상인 군에서는 2%만이 비행청소년

이 된다고 했고 비행청소년들은 일반 청소년보다 IQ가 적어도 평균적으로 5 이상이 낮다고 했다.

저능은 어릴때 행동장애를 일으킬 가능성을 높여주고 저능과 행동장애의 배합은 어린이가 학교에서 문제를 일으키고 이로 인한 자신감, 자존심의 손상과 아울러 정서장애 및 배타적 태도 등을 갖게 해 준다고 한다. 그리고 저능일 때 스트레스에 지적으로 잘 대응을 못해서 쉽게 좌절하고 폭발되므로, 일이 잘 안풀릴 때 반사회적으로 행동하는 경향을 높여 준다고 한다. 그리고 정신지체자는 어떤 범죄도 저지를 수 있으나 성범죄와 방화에 가장 흔하다고 한다. 그러나 이는 초기의 연구 결과이고 이것이 얼마나 신빙성이 있는지 의심된다는 주장들도 많으나 어쨌든 정신지체자는 정상인보다 성에 대한 지식이 적고 또한 성공적인 성적인 관계를 이루기가 쉽지 않으므로 그들의 성적행위는 일반인보다 더 시각적이고 더 혼란스러울 수 있음은 사실인 듯 하다(Falk, 1988).

본 연구에서는 표본의 숫자가 적어서 어떤 의미는 없으나 6명중 강간은 1명이고 방화범은 없었다.

그러나 한편 정신지체와 범죄 사이에는 직접적인 연관이 없다고 하는 주장 또한 만만치가 않다. 낮은 지능과 다른 범죄적인 요소들, 즉 낮은 사회계층의 대가족등 가족적 요소와 다른 신체적인 문제들이 연관이 잘 되므로 실제로 저능의 진정한 범죄효과는 없다는 주장들이 이것이다. 그리고 정신지체자에 의한 범죄는 더 쉽게 적발되고, 도망치는 것 또한 쉽지 않으며 이들은 체포된 뒤에도 피암시성이 높아서 자신의 죄를 잘 시인할 뿐 아니라 경제적으로 여유가 있는 층에 비해 법적인 보호를 잘 못 받는다는 주장도 있다(Craft와 Craft, 1984). 그리고 비교적 믿을만한 연구에 의하면 선진국에서 충분히 교육받은 성인중 IQ 70이하인 사람의 범죄율은 2.4% 정도로서 일반인의 범죄율과 별 차이가 없었다고 한다(Falk, 1988).

본 연구에서 정신지체자는 이들을 인구의 1%로 계산할때 100,000명당 1.1명 정도로 강력범죄를 저지르고 살인은 100,000명당 0.5명 정도로 일반인보다

유의하게 낮게 나왔으나 표본 숫자가 적어서 일반화 시키기에는 무리라는 생각이다. 독일의 하프너와 보커(Hafner와 Boker, 1973)는 정신지체자 100,000명당 6명 정도가 일생동안 살인등의 치명적인 범죄를 저지른다고 하는, 본 연구결과 보다는 다소 높을 것으로 추정되는 결과를 얻은 바가 있다.

라. 기질성 정신장애 환자

본 연구에서 기질성 정신장애 환자는 6명이었다. 이들은 모두 남자였고 범죄내용은 살인이 2명, 폭행 및 상해가 2명, 강간이 1명, 강도가 1명이었다. 그러나 본 연구의 표본 숫자가 적은데다가 기질성 정신장애의 범주 및 그 유병률에 대해서 논란이 있을 것 같으므로 이 결과의 신뢰성 여부에 대해선 다른 연구들이 필요할 것으로 보인다.

그리고 외국의 학자들 간에도 이들의 범죄성에 대해선 주장이 엇갈리는 실정이다. 군(Gunn, 1977)은 기질성 뇌증후군 환자들의 범죄성이 높지 않다고 한 반면, 타르디프와 스웨일람(Tardiff와 Sweillam, 1980), 타르디프(Tardiff, 1988)등은 이들이 일반인 보다 난폭하다고 주장하고 있다.

마. 정동장애 환자

본 연구에서 정동장애 환자는 3명으로서 예상보다 적었다. 정동장애 환자와 범죄와의 연관은 많지 않다는 주장들이 많다. 타르디프(Tardiff, 1988)는 우울증 환자는 난폭할 때가 거의 없다고 했으나 조증환자보다는 우울증 환자가 훨씬 더 범죄와 연관이 많다는 주장 또한 만만치 않다. 하프너와 보커(Hafner와 Boker, 1973)는 그들의 연구 대상중 37명의 정동장애환자에서 조증은 1명뿐이었다고 한다. 그리고 미국의 올라치(Wulach, 1983)는 미국의 한 사법 정신병원에서 5,081명의 퇴원한 환자중 조증환자 100명의 예를 모으는데 8년이 걸렸다고 하며 조증과 범죄에 관한 발표를 하였는데, 그는 이 연구에서 조증

환자에 의한 범죄를 넷으로 분류했다. 공공질서 교란죄, 인명에 대한 범죄, 재산죄, 그리고 성범죄가 그것이고, 조증 환자의 범죄는 대부분이 큰 손상을 입히지 않은 일과성의 공격이거나 위협이었고, 재산죄는 창문을 파손하거나 주거침입 혹은 절도였다고 한다. 그리고 이들에 의한 피해자는 공공질서 교란, 인명, 재산범죄 등의 범주는 다수가 낮선 사람이었으며, 성범죄에 한해서만 아는 사람이 피해자인 경우가 많았다고 한다. 그리고 ‘조증환자는 상해보다는 소움을 더 많이 낸다’는 말처럼 이 연구에서도 심각한 중범죄는 그리 많지 않았으나 방화, 강간, 치명적 폭행등의 범죄도 있는 것을 보아서 모든 경우에 해당되지는 않는다고 했다. 그리고 미국의 크레이그(Craig, 1982)는 정신병원 입원환자에 대한 연구에서 정동장애 환자들은 초조와 분노가 심할때라도 공격성을 드러내는 것은 드문편이라고 했고 조증 환자들은 비교적 충동조절을 잘 해서 공격적 행동을 그다지 많이 보이지는 않는다고도 했다.

우울증 환자에 의한 범죄는 주로 절도와 살인이 많다고 하는데 하프너와 보커(Hafner와 Boker, 1973)는 100,000명의 우울증 환자에게 일생동안 6명정도가 치명적인 폭력을 저지른다고 보고한 바 있다. 우울증의 살인은 가정내 살인이 가장 흔한 유형이라고 한다(Falk, 1988). 심한 우울증으로 인해 만사가 절망적이고 더 이상 살 이유가 없어 보일 때 죽음은 단 하나의 해결방법으로 보일 수 있으며, 이때 살인 후에 자살로 끝맺는 수가 많이 있다고 한다. 그리고 여자가 남자보다 더 흔하며 결혼한 사람들이 많으며 살해 대상은 자녀가 가장 많고 그 다음으로 배우자 등이며 살해 동기는 대개 자살행위의 한 연장이라고 한다.

본 연구에서 정동장애 환자가 특히 적음은 대부분의 살인을 범한 우울증 환자가 치료감호소까지 오지 않는 것이 아닌가 하는 느낌을 준다. 즉 이들이 동반자살이나 혹은 가족살해후에 자살에 성공했을 가능성, 경찰이나 검찰의 조사과정 혹은 재판과정 중에 정상 참작 등의 이유로 풀려 나거나 재판과정 중에 병이 호전되든지 하여 책임능력이 있는 것으로 간주되어 자유형을 부과받

고 교도소로 갈 가능성, 그리고 우울증은 법관에 의해서 형사책임 능력에 손상이 있다고 인정받지 못할 가능성 등이 피치료감호자중 우울증의 진단이 예상보다 적은 이유가 아닌가 추정된다.

3. 정신질환 강력범죄자와 일반인 강력범죄자와의 비교 고찰

정신질환자 집단과 일반인 집단 사이에 성별로 별 유의한 차이가 없었다. 기본스(Gibbens, 1971)는 범죄는 남자의 전유물이라고 한 바도 있는데 이에 해당된다고 하겠다. 로스(Roth, 1972)는 반사회적, 공격적 혹은 자기파괴적 행동은 15세-24세가 가장 많다고 한 바가 있다. 그러나 본 연구의 결과로는 이것을 증명할 수가 없었고 다만 그럴것 같다고 추정할 수는 있겠다. 그러나 21세-30세 집단의 환자에게서 일반보다 의미있게 많았음을 본 연구대상중 큰 부분인 정신분열증 환자의 영향 때문인 것 같다.

테일러(Taylor, 1982)는 정신분열증의 경우 수개월 내지 수년이 경과된 후 난폭한 행위를 하는 경향이 있다고 했는데 정신분열증의 초발연령이 20세 전후인 점을 감안하면 이해가 가는 부분이다. 그러나 하프너와 보커(Hafner와 Boker, 1973)의 환자 강력범죄자 집단에서 일반인보다 8살정도 나이가 많았으며 의미있는 차이를 보였다는 보고와는 직접 비교해 볼 수 없는 아쉬움이 있다. 이는 본 연구에서 자료로 삼은 범죄분석의 연령층이 5세내지 10세 간격이었기 때문이다. 그리고 41세-50세 집단에서 일반인이 환자보다 더 많은 환자들의 경우 많은 사람들이 병이 만성화되어 정신병원등의 시설에 입원되어 사회활동을 못 하거나 수명의 단축으로 인한 전체 환자수 감소등으로 설명이 가능하겠다.

환자들 중에서 경제상태가 중간 이상인 사람들이 유의하게 많았고 일반인들이 경제상태가 하층인 사람들이 유의하게 많게 나왔는데 타르디프와 스웨일람(Tardiff와 Sweillam, 1980)이 낮은 사회경제 계층에서 폭력행위가 더 많다고 하는것과 타르디프(Tardiff, 1988)가 경제적 불평등 보다는 절대적 빈곤이 더 폭력의 요소라는 등의 주장으로는 일부 설명이 가능하지만 모든 것을 설명할 수는 없을것 같다. 다만 경제적으로 낮은 일반인들이 워낙 강력범죄를 많이 저지르는 때문이 아닌가 싶다. 그리고 교육수준에서 낮은 집단보다는 높은 집

단에서 환자들이 유의하게 많았다는 것도 앞의 경제상태에서와 같이 사회경제적인 요인은 정신질환자보다는 일반인의 강력범죄 발생에 더 큰 영향을 주는 것을 시사한다고 하겠다.

그리고 전과가 없는 집단은 환자군에서 유의하게 많았고 전과 1범인 경우는 일반에서 더 많은 경향을 보였으며 전과 2범이상은 일반인이 유의하게 더 많았다. 이는 일반인이나 환자집단이나 과거의 난폭한 행위가 위험성 예측의 가장 좋은 척도라는 코코자 등(Cocozza 등, 1974)·스테드맨(Steadman, 1978) 외에도 여러 주장들을 감안할 때 본 연구결과를 보면 이런 것은 환자집단 보다는 일반인에서 그 경향이 더 두드러지지 않은가 생각된다.

그리고 본 연구에서는 전체적으로 정신질환자들은 일반인보다 강력범죄를 유의하게 적게 저지르는 것으로 나왔다. 범죄유형별로는 살인에서만 환자와 일반인 사이에 통계적으로 의미있는 차이가 없었고 나머지 범죄들에서는 환자에 의한 것이 유의하게 적었다. 다만 정신분열증 환자에 의한 살인이 일반인보다 높으나 정신분열증 환자들도 강간, 강도, 폭행및 상해는 일반인보다 유의하게 적었고 방화만 일반인과 유의한 차가 없어서 정신분열증 환자들도 전반적으로 일반인보다 의미있게 적은 결과를 보였음은 주목할 만하다. 그러나 정신분열증환자에 의한 살인의 비율이 일반인 보다 압도적으로 높음은 주목해야 할 결과이며 정신분열증이 흔히 정신질환을 대표하는 진단이므로 정신질환자들이 더 위험하다는 통설도 일리가 있는 면이 있다.

그러나 정신분열증 환자에 의한 피해자의 대부분이 가족등 아는 사람이고 이들중 제대로 치료를 못 받은 사람들이 많음에 비추어 이들에 의한 피해의 예방은 어느정도 가능할 것으로 보인다.

그리고 참고로 1988년의 일본 경찰청 통계에 의한 강력범죄의 양상을 우리나라와 비교해 보면 다음과 같다.

〈표 8〉 한국과 일본의 강력범죄 양상 비교

단위 : 명

범 죄 명	일 반 인		정 신 질 환 자	
	한 국	일 본	한 국	일 본
살 인	673	1,408	22.5	50
폭행및상해	31,061	39,550	31	56
강 간	6,451	1,480	3.5	2
강 도	4,393	1,646	2.5	14
방 화	555	745	2.5	44
합	43,133	44,829	63	166

한국 : $\frac{1986+1987}{2}$

일본 : 1988년

이를 보면 일반인 강력범죄양상은 양국간 다소의 차이가 있어 보이나 정신 질환자의 강력범죄는 방화가 우리나라에서 적고 강간이 우리나라에서 많은 것을 제외하고는 일본과의 인구 차이를 감안하면 강력범죄의 양상이 거의 일치하는 것으로 보인다.

이는 우리나라와 일본이 모두 정신질환자들이 장기입원 내지는 수용되는 경향이 있어서 서구사회의 환자들보다 사회활동을 할 기회가 상대적으로 적으므로 앞서의 서구의 연구들보다 환자들의 범죄율이 더 낮은 결과가 나올 수 있다고 보이는 한편, 본 연구에서 피치료감호자들을 전체 정신질환 강력범죄자로 간주한 것이 별 무리가 아니라는 간접적인 시사가 될 수 있다고 하겠다.

4. 맺음말

이상으로 정신질환자들은 일반인보다 강력범죄와 훨씬 적게 연관되는 것을 알 수 있다. 어쨌든 정신질환자가 일반인보다 더 위험하다는 증거를 찾을 수

는 없었다. 즉, 단지 몇가지 제한점은 있으나 우리나라에서는 우리가 흔히 환자들을 위험하다고 하는 것은 잘못된 견해라고 해야 할 것이다.

경제기획원 조사통계국 발표에 의하면 1989년 한해 동안의 교통사고 사망자는 11,083명이었다고 한다. 이중 상당 부분이 음주운전이라든가 난폭운전등 운전자의 범법행위와 연관되었을 것은 쉽게 상상할 수 있다.

샤(Shah, 1975)는 모든 치명적 사고의 반 정도가 음주운전과 관련되어 있다는 보고가 많다고 한다. 그래서 샤(Shah, 1975), 테플린(Teplin, 1985)등은 정신질환자들을 위협시키는 것이야 말로 오히려 위험한 행위라고까지 강변하고 있다. 그리고 정신질환자로 인한 가장 큰 손실은 이들의 치료비용이라든가 파괴적 행위에 의한 손실등에 있는 것이 아니고 이들이 생산활동을 하지 못하는데 있다고 한다. 그래서 전술한 여러 근거는 정신질환자들을 위험한 집단으로 보고 사회보호 대책등을 마련하기 보다는 오히려 이들에게 인간적 대우와 인도적 처치를 하여 건강한 사회인으로 복귀시켜 생산활동을 할 수 있도록 해주는 것이 국가적 이익일 것이라는 결론에 도달하게 한다. 그리하여 모든 환자들을 수용시킬 목적으로 입원실을 늘리려는 시도를 하는 것보다는 위험하지 않은 대부분의 환자들을 위한 적극적인 재활대책을 세우는 한편, 인간적 대우를 해줌으로써 이들의 사회복귀가 촉진될 수 있을 것이며 아울러 환자들이 사회에서 겪는 좌절도 적어져서, 적응실패나 좌절에 따른 스트레스로 인한 정신증상의 악화 및 그로 인한 위험한 행위까지 예방할 수 있을 것이다.

그리고 대부분의 강력범죄를 저지르는 환자들이 경제적 사정이라든가 정신질환에 대한 이해의 부족으로 정신과 전문치료의 혜택을 못 받고 있는 점을 참작해서 국가에서 이들을 위한 무료치료 등의 대책을 마련해 주는 것은 사회복지뿐 아니라 범죄예방의 측면에서도 효과적일 것이다.

第 5 章 結 論

第5章 結 論

1986년과 1987년에 살인, 폭행 및 상해, 강간, 강도, 방화 등의 강력범죄를 저지르고 치료감호 처분을 받은 정신질환자 126명과 일반인 강력범죄자와의 비교 연구에서 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 강력범죄를 저지르는 정신질환자들은 대개 미혼인 젊은 남자로서 직업이 없는 경제상태가 낮은 계층 출신이 대부분이었다. 이들은 전과가 없던 사람이 대부분이고 이들에 의한 범행은 반 정도에서 망상등 직접적인 정신증상에 의한 것이었으며 이들에 의한 피해자들은 가족 등 아는 사람이 대부분이었다. 그리고 이들중 정신분열증 환자가 가장 많았으며 발병후 2년 이상이 지난 만성환자가 대부분이었고 반수 이상이 전문적인 치료의 혜택을 못 입고 방치상태에 있었다.
2. 정신질환 강력범죄자들은 일반인 강력범죄자들과 성비에서는 별 차이가 없었으며 연령에서는 정신질환자군이 일반인보다 21-30세 사이에 유의하게 많았고 41세-50세 사이는 일반인이 정신질환자보다 유의하게 많았다. 교육면에서는 무학-고졸이하 군은 양 집단간에 유의한 차이가 없었으나 대학입학 이상 군에서 정신질환자가 일반인보다 유의하게 많았다. 그리고 경제상태에서는 정신질환자군이 일반인 군보다 상류나 중류에서 의미있게 많았으며 하류에서는 적었다.
3. 정신질환자군이 일반인보다 초범은 유의하게 많았으며 2범이상은 유의하게 적었다. 범죄양상에서 정신질환자군은 일반인과 살인에서만 비슷한 비율이었으며 폭행 및 상해, 강간, 강도, 방화에서는 유의하게 적었다. 그러나 정신분열증 환자들은 일반인과 방화의 범행률은 비슷했으나 강도, 강간, 폭행 및 상해의 범행률은 유의하게 낮았고 살인의 범행률은 일반인 보다 유의하게 높았다.

4. 정신질환자들은 전체적으로 1년동안에 환자 100,000명당 6.5명이 강력범죄를 저지르고 2.4명이 살인을 저지르며 일반인들은 100,000명당 전체 강력범죄는 155명, 살인은 2.3명이 저지른다는 결과를 얻었다. 그리고 정신분열증 환자는 전체강력 범죄는 100,000명당 40명이, 살인은 13명이 저지른다는 결과를 얻었다.
5. 이상에서 정신분열증 환자에 의한 살인의 비율만 일반인보다 높을 뿐 정신질환자들이 일반인보다 더 위험하다는 증거를 찾을 수 없었다.
6. 정신질환자들을 위협시 하여 격리시키는 것 보다는 대부분의 위험하지 않은 환자들을 위하여 사회에서 재활의 기회를 주고, 경제적 사정으로 치료를 못 받는 환자들을 위한 치료 대책을 세워주는 것이 국가적 이익일 것으로 생각된다.

본 논문을 위해 조언과 협조를 아끼지 않으신 서울의대의 조두영 선생님과 국립
서울정신병원의 이민규 선생님께 깊은 감사를 드립니다.

참 고 문 헌

경제기획원, 사인통계집계(1989).

김오혁, 살인범 30례에 대한 법정신의학적 고찰, 최신의학, 6:1349-1356
(1963).

대검찰청, 범죄분석, (1986-1987).

박장규, 정신감정례에 대한 정신의학적 고찰, 신경정신의학, 16:415-422
(1977).

박희주, 황선무, 정신감정례에 대한 정신의학적 고찰, 신경정신의학, 12:53-58
(1973).

법무연수원, 범죄백서, (1987).

보건사회부, 보건사회통계연보(1987).

보건사회부, 보건사회통계연보(1988).

윤석하 등, 정신분열증 환자의 살인, 신경정신의학, 12:189-201(1973).

이정균 등, 한국 정신장애의 역학적 조사연구, 서울의대 정신의학, 11(1)
(1986).

이정균, 정신의학, 일조각(1981).

이헌재, 이병윤, 정신감정례에 대한 범죄유형별 신경정신의학적 고찰, 고려대
학교 의과대학 논문집 18(1)(1981).

장동원, 정신질환과 범죄, 형사정책 연구(미발표 원고)(1990).

장동원, 조두영, 피치료감호자 66명에 대한 법정신의학적 연구, 신경정신의학
11:104-114(1983).

정동철, 살인 58례에 대한 정신의학적 고찰, 대학의학 협회지, 12:623-629
(1969).

조맹제, 피치료감호 및 정신감정례의 범죄행위에 관한 고찰
- 용인정신병원에 입원의뢰된 환자를 중심으로 -

- 서울의대 정신의학, 11;202-214(1986).
- 팽갑주, 한동대, 부산지방에서 정신감정례에 대한 정신의학적 고찰, 현대의학 4:279-285(1966).
- 한진희, 정신분열증의 역학, 신경정신의학, 29:13-33(1990).
- 법무성 법무총합 연구소편, 범죄백서(일본:평성원년).
- Berger P.A., Gulevitch C.D., Violence and Mental illness in Biobehavioral aspects of aggression(eds Hamburg DA, Trudeau MB), Alan R. Liss Inc, New York(1981).
- Climent C.E., Ervin F.R., Historical data in the evaluation of violent subjects, Arch Gen Psychiatry 27 : 621-624(1972).
- Cocozza J.J., S, Teadman H.J., Some refinements in the measurement and prediction of dangerous behavior, Am J Psychiatry 131:1012-1014 (1974).
- Craft M. Craft A., Mentally abnormal offenders, Bailliere Tindall.(1984).
- Craig T.J., An epidemiological study of problems associated with violence among psychiatric inpatients, Am J Psychiatry 139:1262-1266(1982).
- Durbin J.R., Pasewark R.A., Albers D., Criminality and mental illness, Am J Psychiatry 134:80-83(1977).
- Falk M., Basic forensic psychiatry, Blackwell scientific publications.(1988)
- Gibbens T.C.N., Female offenders, Br J Hospital Medicine 279-286(1971).
- Gilroy J, Meyer J.S., Medical neurology, 3rd ed, Macmillan Publishing Co., New York(1979).
- Giovannoni J.M., Gurel L., Socially disruptive behavior of exmental patients, Arch Gen Psychiatry 17:146-153(1967).
- Gostin L., Secure provision, Tavistock Publications, New York(1985).
- Grunberg F., Klinger B.I. Grument B., Homicide and deinstitutionalization Am J

- Psychiatry 134:685-687(1977).
- Gudmundsson G., Epilepsy in Iceland. Acta Neurol Scand 25:7-124(1966).
- Gunn J.C., The prevalence of epilepsy among prisoners, Proceedings of the Royal Society of Med 62:60-63(1969).
- Gunn J.C., Bonn J., Criminality and violence in epileptic prisoners, Br J Psychiatry 118:337-343(1971).
- Gunn J.C., Criminal behavior and mental disorder, Br J Psychiatry 130:317-329 (1977).
- Gunn J.C., An English psychiatrist looks at dangerousness, Bulletin of the AAPL 10:143-153(1982).
- Guze, Criminality and psychiatric disorders, Oxford Univ. Press(1976).
- Hafner H. Boker W., Mentally disordered violent offenders, Social Psychiatry 8: 220-229(1973).
- Hamilton J.R., Freeman H., Dangerousness : psychiatric assessment and management, Gaskell.(1982).
- Herjanic M., Henn F.A., Vanderpearl RH., Forensic psychiatry : female offenders, Am J Psychiatry 134:556-558(1977).
- Lagos J.M., Perlmutter K., Saexinger H., Fear of the mentally ill : empirical support of the common man's response, Am J Psychiatry 134:1134-1137(1977).
- London W.P., Taylor B.M., Bipolar disorders in a forensic setting, Compr Psychiatry 23:33-37(1982).
- Prins H., Offenders, deviants or patients? Tavistock Publications.(1980).
- Rappeport J.R., and Lassen G., Dangerousness-arrent rate comparisions of discharged patients and the general populations. Am J Psychiatry 121: 77683(1965).

- Robertson G., Arrest patterns among mentally disordered offenders, Br J Psychiatry 153:313-316(1988).
- Roth M., Human violence as viewed from the psychiatric clinic, Am J Psychiatry 128:1043-1056(1972).
- Rubin B., Prediction of dangerousness in mentally ill criminals, Arch Gen Psychiatry 27:397-407(1972).
- Scott P.D., Assessing dangerousness in criminals, Br J Psychiatry 131:127-142 (1977).
- Gunn J.C., Bonn J., Criminality and violence in epileptic prisoners, Br J Psychiatry 118:337-343(1971).
- Shah S.A., Dangerousness and civil commitment of the mentally ill : some public policy considerations, Am J Psychiatry 132:501-505(1975).
- Steadman H.J., Cocozza J.J., Melick M.E., Explaining the increased arrest rate among mental patients : the changing clientele of state hospitals Am J Psychiatry 135:816-820(1978).
- Steadman H.J., Vanderwyst D, Ribner S., Comparing arrest rates of mental patients and criminal offenders, Am J Psychiatry 135:1218-1220 (1978).
- Talbott J.A., Hales R.E., Yudofsky S.C., Textbook of psychiatry, American Psychiatric Press Inc, chapt. 32(1988).
- Tardiff K.J., A survey of psychiatrists in Boston and their work with violent patients, Am J Psychiatry 131:1008-1011(1974).
- Tardiff K, Sweillam A., Assault, suicide, and mental illness, Arch Gen Psychiatry 37:164-169(1980).
- Tardiff K., Sweillam A., Assaultive behavior among chronic inpatients, Am J Psychiatry 139:212-215(1982).

- Tradiff K. Koenigsberg H.W., Assaultive behavior among psychiatric out patients, Am J Psychiatry 142:960-963(1985).
- Taylor P., Schizophrenia and violence in abnormal offenders, delinquency and the criminal justice system(Gunn J and Farrington DF eds)(1982).
- Taylor P., Motives for offending among violent and psychotic men, Br J Psychiatry 147:491-498(1985).
- Taylor P., Gunn J., Violence and Psychosis, Br Med J 288:1945-1949(1984).
- Teplin L.A., The criminality of the mentally ill : a dangerous misconception, Am J Psychiatry 142:593-599(1985).
- Vikkunen., Observation on violence in schizophrenia. Acta Psychiatr Scan 50: 145-151(1974)
- West DJ., Delinquency, its roots, careers and prospects. Heinemann(1982).
- Wulach J.S., Mania and crime ; a study of 100 manic defendants, Bulletin of the AAPL 11:69-75(1983)
- Zitrin A., Hardesty A.S., Burdock E.I., Drossman A.K., Crime and violence among mental patients, Am J Psychiatry 133:142-149(1976).

A Study on the Criminality of the Mentally Ill

—Comparison of the Mentally Ill Violent Offenders and Ordinary Violent offenders—

Chang, Dong Won*

The violent mentally ill offenders, who committed one of the index crimes as of homicide, rape, robbery, arson and assault, were estimated as 126 in the period of from 1 Jan. 1986 to 31 Dec. 1987 in the whole country. And the total offenders who committed above crimes were 86,266 by "Crime Analysis" published by the Supreme Public Prosecutors Office in the same period.

The above two groups, mentally ill violent offenders and ordinary violent offenders, were compared and analysed in terms of the personal backgrounds and criminal characteristics. And the annual incidences of the 5 crimes were calculated as a whole mental patients base and in terms of the diagnoses of the mentally ill and compared with those of the normal controls.

The results were as follows ;

- 1 . The personal backgrounds of the mentally ill offenders were similar to other previous studies, i.e. ; The young, single, jobless, chronic schizophrenic man from the lower socioeconomic family with lower education was the prototype of the mentally ill violent offenders. More than half of them had not received any psychiatric treatment before.
- 2 . In mentally ill offenders, most had no previous criminal record and most of the victims were the acquaintances of them including families and about half

* Medical Doctor, Department of Special Therapy, Seoul National Mental Hospital.

of their violent offenses were due to the direct effects of active mental symptoms.

3. Comparing 2 groups of mentally ill offenders and ordinary offenders, there was no sexual differences between them but with some significant differences in age. The ratio of the mantally ill was significantly higher in the age bracket of 21 to 30 and significantly lower in 41 to 50 with no significance in other age brackets.
4. And in education and in economic condition, there were some significant differences, i.e. ; The ratio of the mentally ill was higher in the above-college-level-education group with no significance in other education levels and the ratios of the mentally ill were higher in the upper and middle economic classes and lower in the low economic class.
5. There were significant differences in previous criminal record and crime incidences. the ratio of the mentally ill was significantly higher in no-previous-crime group and lower in over-2-previous-crime group. The ratios of the mentally ill were significanty lower in the committers of rape, robbery, arson, assault with no significant difference in homicide committers. But the incidence ratio of homicide by the schizophrenics was significantly higher than the ordinary people and other diagnosed mentally ill.
6. The 5 index violent crime ratio by the total mentally ill was 6.5 and that of the ordinary people was 155 in 100,000 persons in a year. The homicide ratio by the total mentally ill was 2.4 and that of the ordinary people was 2.3 in 100,000 persons in year. The total violent crime ratio by the schizophrenics was 40 and homicide ratio was 13 in 100,000 patients in a year.
7. It was found that except the homicides by the schizophrenics, the mentally ill commit significantly less violent crimes than the ordinary people and so far,

the notion that mentally ill are more dangerous should be regarded as untrue in Korea.